



STERILIZATION CONSENT FORM FORMULARIO DE PERMISO PARA ESTERILIZACIÓN

NOTA: Si en cualquier momento decide no hacerse esterilizar, no se le retirará ni retendrá ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciben financiamiento federal.

SECCIÓN I: PERMISO PARA ESTERILIZACIÓN

He solicitado y he recibido información sobre esterilización por parte de

(1) _____
(Médico o clínica)

Cuando pedí la información inicialmente, me dijeron que la decisión sobre hacerme esterilizar o no era únicamente mía. Me dijeron que yo podía decidir no hacerme esterilizar. Si decido no hacerme esterilizar, mi decisión no afectará mi derecho de recibir tratamiento o atención en el futuro. No perderé ninguna asistencia ni beneficio de los programas que reciben financiamiento federal, por ejemplo Asistencia para Familias con Niños Dependientes (AFDC) o Medicaid, que estoy recibiendo ahora o tengo derecho a recibir.

Entiendo que la esterización se debe considerar como permanente e irreversible. He decidido que no deseo quedar embarazada, dar a luz o ser madre/padre de niños.

Me informaron sobre los métodos temporales de control de la natalidad que se encuentran disponibles y que me pueden proporcionar los cuales me permitirán dar a luz o ser madre/padre de un niño en el futuro. He rechazado esas alternativas y he decidido hacerme esterilizar. Entiendo que me esterilizarán a través de una operación que se conoce como

(2) _____ Me han explicado cuáles
(Especifique el tipo de operación)

serían los malestares, riesgos y beneficios asociados con la operación. Han respondido a todas mis preguntas a mi entera satisfacción.

Entiendo que la operación se efectuará por lo menos treinta (30) días después de que yo firme este formulario. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y que mi decisión de no hacerme esterilizar en cualquier momento, no dará como consecuencia la retención de ningún beneficio ni servicio médico que proporcionan los programas con financiamiento federal.

Tengo por lo menos 21 años de edad y nací en fecha (3) _____
(Mes, Día, Año)

Por el presente documento, yo (4) _____
(La persona que se hará esterilizar)

doy mi permiso por mi propia y libre voluntad para ser esterilizado/a por

(5) _____ a través de un
(Médico)

método denominado (6) _____
(Especifique el tipo de operación)

Mi consentimiento expira 180 días después de la fecha de mi firma abajo. También doy mi permiso para revelar este formulario y otros registros médicos sobre la operación a:

- Representantes del Departamento de Salud y Servicios Humanos; o
- Funcionarios de programas o proyectos financiados por el Departamento, pero sólo con el propósito de determinar si se cumplieron las leyes federales.

He recibido una copia de este formulario.

(7) _____ (8) _____
Firma Mes Día Año

Por favor proporcione la siguiente información, pero no es obligatoria.
Designación de raza y origen étnico (por favor marque):

- Indio nativoamericano o de Alaska Negro (no de origen hispano)
- Asiático o de las Islas del Pacífico Hispano
- Blanco (no de origen hispano)

SECCIÓN II: DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporcionaron los servicios de un intérprete para ayudar a la persona que va a ser esterilizada: He traducido la información y los consejos que proporcionó en forma oral la persona que está obteniendo este consentimiento para la persona que se hará esterilizar. También he leído para esta persona el formulario de permiso en

(9) _____ y le he explicado su contenido.
(Idioma)

Según lo mejor de mis conocimientos y convicción, él/ella ha entendido esta explicación.

(10) _____ (11) _____
Intérprete Fecha

SECCIÓN III: DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ OBTENIENDO EL CONSENTIMIENTO

Antes de que (12) _____ firme este formulario
(Nombre de la persona)

de permiso, le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización

(13) _____ el hecho de que será un procedimiento
(Especifique el tipo de operación)

final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con la misma.

He orientado a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos alternativos de control de la natalidad disponibles que son temporales. Le he explicado que la esterilización es diferente porque es permanente.

He informado a la persona que se hará esterilizar que puede revocar su consentimiento en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud proporcionado con financiamiento federal.

Según lo mejor de mis conocimientos y convicción, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. Él/ella solicitó a sabiendas y en forma voluntaria ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(14) _____ (15) _____
Firma de la persona que obtendrá el consentimiento Fecha

(16) _____
Establecimiento

(17) _____
Dirección

SECCIÓN IV: DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Poco antes de que yo realizara una operación de esterilización a

(18) _____ (19) _____
(Nombre de la persona que se hará esterilizar) (Fecha de la operación de esterilización)

yo le expliqué la naturaleza de la operación de esterilización

(20) _____ el hecho de que será un
(Especifique el tipo de operación)

procedimiento final e irreversible y los malestares, riesgos y beneficios asociados con el mismo. Yo le dí orientación a la persona que se hará esterilizar sobre otros métodos de control de la natalidad que son temporales. Le expliqué que la esterilización es diferente porque es permanente. Le informé a la persona que se hará esterilizar que se puede revocar su permiso en cualquier momento y que él/ella no perderá ningún servicio ni beneficio de salud que se proporciona con fondos federales. Según lo mejor de mis conocimientos y creencias, la persona que se hará esterilizar tiene por lo menos 21 años de edad y parece mentalmente competente. Él/ella solicitó en forma voluntaria y a sabiendas ser esterilizado/a y parece entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento.

(Instrucciones para utilizar otros párrafos finales: Utilice el primer párrafo de abajo, salvo en el caso de un parto prematuro o una cirugía abdominal de emergencia donde se realice la esterilización menos de 30 días después de la fecha de la firma de la persona que aparece en el formulario de permiso. En esos casos, se debe utilizar el segundo párrafo. Tache el párrafo que no se utilice).

(1) Han transcurrido por lo menos treinta (30) días entre la fecha de la firma de la persona que aparece en este formulario de permiso y la fecha en que se realizó la esterilización.

(2) Esta esterilización se realizó menos de treinta (30) días pero más de 72 horas después de la fecha de la firma de la persona que aparece en este formulario de permiso, debido a las siguientes circunstancias (marque el recuadro aplicable y llene la información que se solicita).

Parto prematuro
Fecha prevista del parto de la persona (21) _____

Cirugía abdominal de emergencia (describa las circunstancias)

(22) _____ (23) _____
Firma del médico Fecha

(24) _____
Nombre del médico en letra de imprenta